Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. juni 2019 blev i sag nr. 92891:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har familieforsikring inklusive rejsedækning. Sagen har tidligere været forelagt nævnet, der i kendelse 91449 af 2/8 2018 blandt andet udtalte:

"**Nævnet udtaler:**
Klageren fik den 9/5 2017 tilsendt et forsikringstilbud på ulykkes- og familieforsikring inklusive rejsedækning. Samme dag udfyldte klageren oplysninger om tidligere skadeshistorik, som hun returnerede til selskabet. Klageren har svaret 'nej' til spørgsmålet, 'Har der været skader på nogle af forsikringerne i husstanden inden for de sidste 3 år?'. Klageren har svaret 'ja' til spørgsmålet, 'Ja, jeg giver samtykke til at Codan henter oplysninger om mig vedr. ovenstående forhold, og tidligere skadeforløb, hos tidligere selskab og RKI'.

Klagerens [barn] blev den 22/8 2017 overfaldet under en rejse i udlandet. Selskabet har afholdt udgifter for 179.078,13 kr. Klageren har anført, at [barnet] herudover har haft udgifter i form af hoteludgifter til 13.871,92 kr., kostudgifter til 8.812,56 kr., lokal transport til 2.051,46 kr. og stjålen telefon til 6.410 kr.

Selskabet har den 26/9 2017 opsagt klagerens ulykkesforsikring og familieforsikring inklusive rejsedækning med tilbagevirkende kraft og har afvist at yde yderligere dækning for den anmeldte skade. Selskabet har anført, at klageren ved tegningen har afgivet urigtige oplysninger, da hun ikke har oplyst om tidligere skader inden for de seneste tre år, og at det i henhold til dets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, såfremt korrekte oplysninger var givet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringen har undladt at oplyse om flere tidligere skader, hvorfor klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at selskabet er fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst. Af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, fremgår det, at må det antages, at selskabet ville have overtaget forsikringen, men på andre vilkår, hæfter det i det omfang, selskabet mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har bevist, at det efter selskabets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringerne, hvis det rigtige forhold omkring tidligere skader havde været oplyst på aftaletidspunktet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabets tegningsregler angiver, at forsikringen ikke må tegnes uden [afdelingens] accept, hvis kunden har '[x] eller flere skader pr. police, indenfor de seneste 3 år'. Nævnet har videre lagt vægt på, at de af selskabet ved brev af 26/9 2017 angivne skader – som klageren har haft i tidligere forsikringsselskaber – ikke udgør et sådant antal skader pr. police, at denne indtegningsregel kan finde anvendelse. Nævnet har herved lagt vægt på, at det følger af Østre Landsrets dom, som gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 2012, side 1031, at det ikke kan anses for uagtsomt at undlade at oplyse om skader, som ikke har ført til udbetaling fra forsikringen ved indtegningen af et forsikringsforhold.

På baggrund heraf finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til at opsige klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft og afvise at yde forsikringsdækning for den anmeldte skade.

Som sagen foreligger oplyst har nævnet ikke fornødent grundlag til at tage stilling til de enkelte poster, som klageren kræver erstatning for. Selskabet skal derfor genoptage sagsbehandlingen og skal udbetale erstatning i overensstemmelse med aftalegrundlaget.

Som følge heraf

Bestemmes:
Selskabet, Codan Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at opsige klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen med henblik på at opgøre erstatningen i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Erstatningen forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24."

Nævnet har på selskabets begæring genoptaget sagen. Selskabet har i mail af 6/9 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Codan Forsikring A/S (herefter Codan) skal hermed anmode om genoptagelse af ovennævnte sag.
…
Ankenævnet har i kendelsen fundet, at klager har afgivet urigtige oplysninger, men finder at Codan ikke har bevist, at man efter selskabets indtegningsregler ikke ville have indtegnet klager, såfremt tidligere skadehistorik var oplyst.

Ankenævnet har i afgørelsen anført, at have lagt vægt på formuleringen i selskabets indtegningsregler, hvor der er anført et bestemt antal skader **pr. police** som grundlag for manglende indtegning.

Det er Codans opfattelse, at Ankenævnet har foretaget en fejlfortolkning af Codans indtegningsregler.

Ankenævnet har foretaget en sproglig fortolkning af indtegningsreglen, og forstået indtegningsreglen på den måde, at *skader pr. police* er et spørgsmål om, hvor mange skader klager har haft på en enkelt police i fremmed selskab.

Denne forståelse er imidlertid ikke den måde Codans indtegningspolitik skal forstås på, og det er IKKE således den praktiseres i selskabet.

Det afgørende for Codans risikovurdering er, *hvor mange skader der har været indenfor den forsikring som man ønsker at tegne i Codan*. Når Codan angiver det som **'pr. police'** menes der med andre ord den police som man ønsker at tegne i Codan.

Det bemærkes, at Codan har indbo og rejse på samme police, hvilket ikke alle selskaber har. Det afgørende for Codans risikovurdering er skader *indenfor samme* Codan-police.

Risikovurderingen angår naturligvis antallet af skader, idet man jo ellers kunne komme i den situation, at man havde 10 indboskader i 10 forskellige selskaber, men alligevel ville kunne indtegnes, mens X (antallet Ankenævnet bekendt) skader i samme selskab ville betyde at man ikke kunne tegne.

Det afgørende kan ikke være Ankenævnets sproglige fortolkning af Codans interne retningslinjer, men derimod Codans egen forståelse af indtegningsreglen, og dermed hvordan reglen i praksis praktiseres. Således er det afgørende i relation til FAL's regler om urigtige risikooplysninger, hvordan selskabet *faktisk* ville have forholdt sig, hvis de rette oplysninger havde været selskabet kendt, og acceptreglerne tjener i den forbindelse alene til som dokumentation for selskabets acceptpraksis.

Klager har indenfor 3 år haft 5 skader, som fordeler sig med hhv. 3 på rejse og 2 på indbo. Dette er et stykke over det antal som er angivet i Codans indtegningsregel, og det er derfor uden for enhver tvivl, at indtegning ikke ville være sket, hvis vi havde haft kendskab til skaderne.

Jeg vedhæfter en udtalelse fra Codans Produktafdeling som har ansvaret for indtegningsreglerne."

Klageren har i mail af 20/9 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg gav dem (forsikringsselskabet) i sin tid tilladelse til at undersøge alle mine forhold.
Andre ansatte mente senere da jeg ringede, ikke at det var normal procedure at medtage rejseforsikringer, og mente at deres afgørelse var særligt hård, og ikke almindelig procedure.
Codan har I øvrigt ikke opsagt min [barns] ulykkesforsikring, som jeg troede var en tilføjet forsikring til husstandsforsikringen.
Jeg troede derfor alt var opsagt for min [barn] og mit vedkommende, men den har i hvert fald været gældende indtil februar 2018.

Da jeg ringede angående dette, fik jeg forklaret at de to var uafhængige af hinanden (?) Jeg er ikke klar over om den stadig gælder nu, men den var i hvert fald gældende lang tid efter ulykken.
Så det stemmer ikke helt overens med den politik de nu skriver de har? Synes i hvert fald det er forvirrende.
Har jeg derudover haft flere sager end først antaget forhold til jeres behandling?"

Selskabet har i brev af 27/9 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget ankenævnets brev af 20. september 2018, hvor det meddeles, at sag 91.449 er genoptaget, og hvor der anmodes om fremsendelse af korrespondance med forsikringstagers tidligere selskaber vedrørende skader.

Vi vedlægger e-mail af 19. september 2017 fra [andet forsikringsselskab 1]. Heraf fremgår, at forsikringstager i de sidste tre år før afgivelsen af risikooplysninger den 9. maj 2017 har anmeldt fem skader, hvoraf følgende tre har medført erstatningsudbetaling:

- Sygdom, 10. juli 2016, udbetalt 1.258,75 kr.
- Sygdom, 9. april 2016, udbetalt 14.098 kr.
- Bagagebeskadigelse, 9. april 2016, udbetalt 1.630 kr.

Vi vedlægger endvidere e-mail af 25. september 2017 fra [andet forsikringsselskab 2]. Her er det oplyst, at forsikringstager i de sidste tre år før afgivelsen af risikooplysninger den 9. maj 2017 har haft to skader medførende erstatningsudbetaling:

- Kortslutningsskade (familieforsikring) den 8. november 2014, udbetalt 7.190,40 kr.
- Rejsegodsskade (familieforsikring) den 22. september 2014, udbetalt 7.017,30 kr.

[Andet forsikringsselskab 2] oplyser endvidere, at der den 21. januar 2015 er sendt brev om ændrede vilkår, forhøjet selvrisiko, grundet skadeforløbet, og at der den 6. oktober 2015 er sendt meddelelse om forsikringsophør grundet manglende præmiebetaling. Forsikringstager blev spurgt til begge dele ved indtegningen i Codan, og hun svarede benægtende på begge spørgsmål, jf. svarblanketten sendt til ankenævnet i forbindelse med behandlingen af sag 91.449.
***
Af oplysningerne fra [andet forsikringsselskab 1 og 2] fremgår således, at forsikringstager har haft **fem** erstatningsudløsende skader, selv om hun ved indtegningen angav '0' skader. De fem skader vil i Codan vil omfattet af samme police, idet rejseforsikring er en integreret del af familieforsikringen. På baggrund af vores acceptpolitik, som vi har redegjort for i vores genoptagelsesanmodning af 13. september 2018, ligger det således fast, at Codan ikke ville have tilbudt forsikring, hvis der var givet korrekte oplysninger ved indtegningen.

Idet forsikringstager som anført også afgav urigtige oplysninger om indførelsen af særlige vilkår fra If, henviser vi også til vores acceptregler herom. Vores acceptregler er af konkurrencemæssige hensyn ikke uploadet på ankenævnsportalen men er d.d. sendt til ankenævnet pr. e-mail.

Hvis der er stillet særlige vilkår af et tidligere selskab, tegnes forsikringen i Codan med samme særlige vilkår, idet tegning dog **aldrig** accepteres, hvis kunden har haft X skader [antallet er ankenævnet bekendt] eller flere på policeniveau. Ved policeniveau forstås policeniveau i Codan, hvorved igen understreges, at rejseforsikring og familieforsikring er integreret i Codan og således tegnes på samme police.

Det er således uden for enhver tvivl, at Codan ville have afvist at tegne forsikringen, hvis forsikringstager havde givet korrekte oplysninger ved tegningen, hvorfor vi har været berettiget til at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2."

Klageren har i brev af 12/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har nu genlæst dokumenterne fra Codan, og kan intet nyt se efter jeres oprindelige afgørelse som gav min [barn] ret til at være dækket.
Jeg mener det er meget utrygt at tegne en forsikring og give tilladelse til at hente alle oplysninger om skadehistorik og i god tro mene man er dækket af en forsikring, hvilket blev bekræftet flere gange af Codan, efter at min [barn] blev overfaldet, for derefter at blive misledt på det groveste.
Codan bad mig lægge penge ud til udgifter med lovning om at disse ville blive dækket straks min [barn] kom hjem, og dette gjorde jeg i god tro.
Havde de ikke kunnet dække, ville jeg have kontaktet ambassaden for hjælp.
Forløbet var utroligt stressende med mange fejl fra forsikringens side, og dette gjorde vi opmærksom på. Jeg har en stærk fornemmelse af at dette er årsagen til at de senere har opsagt mig, af frygt for at vi ville komme med klager over forløbet.
Jeg vil gentage at jeg oprindeligt gjorde opmærksom på at jeg var forsikret af [andet forsikringsselskab 1] og tidligere havde haft skader i udlandet.
Dette gjorde ikke at forsikringssælger spurgte ind til det for at sikre sig at Codan ville forsikre mig.
Jeg gav lov til at blive kontrolleret, og formodede selvfølgelig at alt var i skønneste orden. Det er i øvrigt meget besynderligt at vi på den ene side er blevet opsagt af Codan, og på den anden side stadigvæk har været dækket af Ulykkesforsikringen som min [barn] ikke blev opsagt fra. Da jeg spurgte Codan om dette fik jeg besked om at dette var en tillægsforsikring (?).
Som tidligere nævnt har jeg talt med medarbejdere hos Codan, som mente at Codans afgøres var ualmindelig hård og ikke gængs procedure.
Jeg vil mene at

1. I tilfælde af at jeg aldrig skulle have været forsikret af selskabet, skulle de ikke have skrevet at jeg var forsikret
2. I tilfælde af at der kunne være den mindste tvivl om ovenstående, skulle selskabet have undersøgt og gjort opmærksom på dette straks da ulykken skete
3. Jeg mener desuden ikke at min [barn] bør bøde for mine evt. fejl
4. Lægen som hentede min [barn] i [udlandet] mente at [barnet] var blevet forkert behandlet i og med at [barnet] ikke fik den læge ordinerede hvile.
5. Min [barn] har haft et langt syge forløb efterfølgende og jeg mener at selskabet bør tage et minimum af menneskeligt hensyn for ikke at belaste os yderligere med den stress denne sag medfører.

Et er at blive overfaldet mens man er i udlandet. Forsikringen lover herefter at sørge for at offeret får den helt korrekte behandling. Da selskabet har nogle tekniske problemer med penge garantier osv., beder de mig om at lægge ud, og jeg låner pengene til de nødvendige udgifter (mad, transport og hotel samt hotel garantier). SOS beroliger mig med at der er styr på det hele. Codan lover at betale udgifterne efter ca. 14 dage.
Da min [barn] kommer hjem, svarer Codan ikke på vores mails og telefon opkald.
Der går ca. 1 1/2 måned før vi pludselig får svaret, at vi er blevet opsagt og at hvis vi vil klage, kan opsøge egen advokat. Jeg spørger om der er andre klage instanser og får at vide at det er der ikke, det ham som bestemmer.

Da vi selv finder ud af at der findes et Ankenævn for Forsikring, kommer der en beklagelse fra selskabet for at have misledt mig.
Da Ankenævnet for Forsikring giver os medhold, venter selskabet helt indtil dagen før de skal svare, og beder om at genoptage sagen. Selskabet kommer ikke med nye oplysninger i sagen. Det virker derfor bare som om de vil trække sagen i langdrag, og evt. vente til at vi giver op. Nu har de jo ansatte til at tage sig af deres sager, og de som sidder med sagerne får timeløn. Vi, derimod, har i forvejen mistet mange penge, lånene var dyre, og min [barn] mistede det arbejde, [barnet] skulle have startet på da [barnet] kom hjem, eftersom [barnet] stadig var syg ved hjemkomst, og desværre ikke havde fået en kontrakt inden [barnet] rejste. Vi har brugt mange ekstra timer på at forstå problemerne i sagen, som vi ikke havde ventet skulle komme oveni de andre problemer. Jeg er ved at blive syg af stress. Jeg fortryder at jeg dengang tog afsted på mit job i udlandet og stolede på at mine [barn] var i trygge hænder via SOS. Havde jeg vidst hvordan hendes forløb ville blive, havde jeg opsagt mine arbejdskontrakter. Codan gav mig en falsk tryghed og bekræftede flere gange at [barnet] fik den helt rigtige behandling efter forskrift fra lægerne.

Nu arbejder jeg ikke i forsikrings branchen og er ikke jurist.
Men jeg synes vi er blevet meget dårligt og uærligt behandlet, både undervejs i forløbet, og især med den yderligere stres vi er blevet påført af sagen, efter at min [barn] kom hjem. Til sammenligning med [andet forsikringsselskab 2], må jeg konstatere at [andet forsikringsselskab 2] er langt mere seriøs og troværdig. Man føler sig 100% tryg og godt behandlet, hvis man har været udsat for uheld på rejsen. Dette kan vi ikke sige om Codan. Det har på alle måder været et forvirrende og kaotisk forløb. Jeg undrer mig over at selskabet slet ikke ønsker at høre på vores oplevelse og evt. udbedre det, og på sigt forbedre deres service, så andre ikke kommer ud for lignende uheldige oplevelser, som kan føre længere mén med sig. Det burde så stort forsikringsselskab have kapacitet til."

Selskabet har i brev af 8/1 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringstageren er fremkommet med en lang række bemærkninger. Ankenævnet har allerede taget stilling til, at forsikringstageren i forbindelse med indtegningen afgav urigtige oplysninger, og vi har anmodet om genoptagelse af sagen i relation til problemstillingen om, hvordan vi ville have forholdt os, såfremt der var afgivet korrekte risikooplysninger, jf. vores acceptpolitik. Vi tillader os derfor blot at forholde os til de anbringender, der har forbindelse hermed.

Forsikringstageren bemærker, at hun ved tegningen gav tilladelse til, at vi kunne indhente oplysninger om hendes skadehistorik. På baggrund af forsikringstagerens oplysninger i forbindelse med forsikringernes tegning om nul skader inden for de sidste tre år havde vi ikke havde nogen anledning til at indhente yderligere oplysninger. At et selskab stoler på en forsikringstagers oplysninger og således ikke benytter en sådan tilladelse i forbindelse med en forsikrings indtegning er ifølge fast ankenævnspraksis naturligvis ikke til hinder for, at selskabet efterfølgende kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige risikooplysninger.

Forsikringstageren gør gældende, at hun oprindeligt gjorde opmærksom på, at hun var forsikret i [andet forsikringsselskab 2] og tidligere havde haft skader i udlandet, men at forsikringssælgeren ikke spurgte hertil. Vi har forelagt oplysningerne for kundekonsulenten, der tegnede forsikringen. Forsikringstilbuddet blev oprettet den 9. maj 2017 i forbindelse med en telefonsamtale med forsikringstageren kl. 16.49. Kundekonsulenten oplyser, at han naturligt nok ikke kan huske den konkrete samtale, men at han i overensstemmelse med vores retningslinjer altid stiller kunden en

række spørgsmål, herunder om tidligere skader de sidste tre år. På denne baggrund udfylder han og fremsender et tilbud til kunden. Tilbuddet blev sendt kl. 16.58, og der er udfyldt nul skader, hvilket ifølge kundekonsulenten må skyldes, at forsikringstageren har oplyst ham om, at der ikke var nogen skader i den relevante periode. Forsikringstageren svarede på tilbuddet kl. 18.32, hvor hun fremsendte returbilaget (vedlagt akterne i den første ankenævnssag), hvor hun har svaret, at hun og husstanden havde haft nul skader de sidste tre år. På denne baggrund oprettede kundekonsulenten forsikringerne. Han oplyser som nævnt, at han uden tvivl ikke ville have skrevet nul skader i tilbuddet, hvis kunden mundtligt havde oplyst ham om noget andet. Han oplyser endvidere, at han naturligvis ville have reageret, hvis kunden mundtligt havde oplyst ham om, at hun havde haft skader de sidste tre år, men derefter havde indsendt returbilaget med modstridende oplysninger (om nul skader). Vi må derfor afvise forsikringstagerens påstand om, at hun mundtligt skulle have oplyst om skader i strid med de oplysninger, hun skriftligt har afgivet umiddelbart efter.

Endvidere anfører forsikringstageren, at ulykkesforsikringen for hendes [barn] ikke er blevet opsagt. Hertil skal vi bemærke, at [barnets] selvstændige ulykkesforsikring blev tegnet den 21. august 2017. Den udgik efterfølgende grundet præmierestance pr. 8. februar 2018. Hvis den ikke var udgået, havde vi opsagt den pr. hovedforfald den 1. maj 2018."

Klageren har i brev af 26/2 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg mener ikke der står noget nyt i Codans brev ift. det oprindelige argument og holder fast i hvad jeg fortalte, da jeg tegnede forsikringen og åbenlyst ikke havde noget at skjule. Telefonsamtalen med sælger er vel blevet optaget så dette kan kontrolleres.

Derudover lovede forsikringen flere gange at min [barn] var forsikret og at jeg ikke skulle bekymre mig om det. Ellers havde de vel heller ikke taget sig af sagen med min i første omgang.

Jeg kan ikke forstå så stor en fejl fra Codans side, om mener de uao bør tage ansvar for det de har lovet. De har desuden modtaget penge for min [barns] ulykkesforsikring i et år efter ulykken, og sagde at den stadig gjaldt, da det var en tillægsforsikring til den anden. Da jeg påpegede de har opsagt os fra den anden, sagde de at denne stadig gjaldt. Dette kan jeg stadig ikke forstå, men det vil altså sige at [barnet] længe efter overfaldet, også har haft en ulykkesforsikring.

Efter at have betalt i et år, har jeg sagt jeg ikke længere vil betale for den, så længe vi stadig har denne sag kørerne, fordi jeg ikke føler mig tryg ved deres forsikring. Jeg mener de bevidst har trukket sagen ud efter den første afgørelse, til stort ubehag og yderligere stress for os.

Jeg synes ikke de har været ærlige overfor os."

Selskabet har i brev af 19/3 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Vi skal blot oplyse, at der ikke foreligger en optagelse af telefonsamtalen den 9. maj 2017. Havde der foreligget en sådan optagelse, ville vi naturligvis have fremlagt den i stedet for vores længere redegørelse i vores sidste indlæg til nævnet."

8. 92891

I det følgende gengives et uddrag af de bilag, som nævnet har modtaget efter nævnets afgørelse af 2/8 2018.

Af udtalelse fra selskabets Produktafdeling vedrørende forretningsgang fremgår bl.a.:

> "Udtalelse vedr. forretningsgang:
> Nå vi i support vurdere om vi vil tegne en forsikring til en kunde der har haft [x] skader eller mere på risiko der skal dækkes på én police i Codan er vurderingen i 99,9% af tilfældene at vi siger nej tak til at tegne forsikringen. Dog kan der i meget specielle tilfælde accepteres at tegne en forsikring alligevel, men så er det uden dækning for den type skader kunden har haf i tidligere selskab. FX en kunde der vil tegne indboforsikring i Codan har haft [x] cykeltyverier i tidligere selskab. Her kan vi sige ja tak til indboforsikring uden dækning for cykler. Kunder der har haft forskellige typer af skader i tidligere selskab siger vi altid nej tak til idet vi ikke lige kan undtage disse."

Af mail af 19/9 2017 fra andet forsikringsselskab 1 til selskabet fremgår bl.a.:

> "**[Klagerens] skader: (sagsnummer – dato – status)**
> [Skadenummer 1] – 01.02.17 – [Klageren] har indsendt en skadeanmeldelse i februar i år (se nedenfor) men er aldrig vendt retur på vores henvendelse om påkrævet dokumentation for erstatningskøb. Hendes sag er blevet lukket i august i år.
> [Skadenummer 2] – 10.07.16 – erstatningskrav dækket (se vedhæftede)
> [Skadenummer 3] – 03.06.16 – bagageforsinkelse, ingen udbetaling (se vedhæftede)
> [Skadenummer 4] – 13.04.16 – til skade med ryggen,
> [Skadenummer 5] – 09.04.16 – bagagebeskadigelse. Udbetalt 1630 kr. (se vedhæftede)
> [Skadenummer 6] – 09.04.16 – sygdom (se vedhæftede)"

Af brev af 16/11 2016 fra andet forsikringsselskab 1 til klageren fremgår bl.a.:

> "**Skadenummer: [2] …**
> …
> Vi henviser til din skadeanmeldelse angående sygdom d. 10/7 og kan oplyse, at vi nu har afsluttet din sag,
>
> Dit erstatningskrav DKK 1.258,75 vil i løbet af de kommende dage blive overført til konto"

Af brev fra andet forsikringsselskab 1 til klageren fremgår bl.a.:

> "**Skadenummer: [6] …**
> …
> Vi henviser til din skadeanmeldelse angående tilskadekomst i … d. 9/4 og kan oplyse, at vi nu har afsluttet din sag.
>
> Dit erstatningskrav DKK 15.728,00 vil i løbet af de kommende dage blive overført til konto …
>
> Beløbet dækker følgende udgifter:

Skadenummer	Skadelidte/Udgiftsart	Beløb i DKK	Beløb i valuta
[6]	[Klageren]		
	Ambulant lægebehandling	3000,00	3000,00
	Hotelophold	4250,00	4250,00
	Sygeledsagelse	1200,00	1200,00
	Ødelagt ferie (din andel	5648,00	5648,00
[5]	[Klageren]		
	Reparation af seng og dør	430,00	430,00
	Reparation af mobiltelefon	1200,00	1200,00
	Total	15728,00	15728,00"

Af mail af 25/9 2017 fra andet forsikringsselskab 2 til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg bekræfter modtagelse af samtykke, og kan oplyse at vi kender [klageren], med følgende skader på Indbo:

Skade nr.	Branche	Skade art	Skade dato	Status	Police nr.	Objekt	Udbetalt
…	familie	Kortslutning	08-11-2014	afsluttet	…	…	7.190,40
…	familie	Rejsegods	22-09-2014	afsluttet	…	…	7.017,30
…	familie	Tyveri, simpelt	28-01-2013	afsluttet	…	…	3.603,50

Der er pr. 21.01.2015 sendt brev om ændrede vilkår, forhøjet selvrisiko, pga. skadeforløbet.

Pr. 06.10.2015 er der sendt Rykker 2, om forsikringsophør pga. manglende betaling. (der skyldes ikke længere på policen)"

Af brev af 26/9 2017 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"I forbindelse med tegning af indboforsikring og ulykkesforsikring den 9 maj 2017 har du udfyldt bilag online med besvarelse at 5 risiko spørgsmål.

Her har du oplyst at du og dem der omfattes af forsikringerne ikke har haft skader indenfor de sidste 3 år

Dette har vi i forbindelse med skaden i [udlandet] undersøgt og her har vi fået oplyst af [andet forsikringsselskab 1] at i har haft 3 skader hos dem indenfor de sidste 3 år og fra [andet forsikringsselskab 2] har vi fået oplyst at i har haft 2 skader indenfor de sidste 3 år. Vi har ikke kunnet finde ud af hvor du har haft indboforsikring i 2015 og 2016 – det kan du måske oplyse os?

Skaderne vi har fået oplyst omkring er:
[Andet forsikringsselskab 2]
22. september 2014, rejsegodsskade udbetalt 7.017 kr.
8. november 2014, kortslutning udbetalt 7.190 kr.

[Andet forsikringsselskab 1]
010217 Brækket ankel i … - ingen udbetaling
100716 Sygdom, udbetalt 1.258,75 kr.

10. 92891

060616 Bagage forsinkelse, …– ingen udbetaling
090416 Bagage forsinkelse - udbetalt 1.630 kr.
090416 Sygdom i … udbetalt 15.728 kr."

Nævnet har fået forelagt selskabets interne indtegningsregler.

Nævnet udtaler:

Sagen er tidligere blevet behandlet under sagsnummer 91449, og der blev den 2/8 2018 afsagt kendelse, hvor nævnet fandt, at selskabet ikke havde bevist, at selskabet efter dets indtegningsregler ikke ville have tegnet familieforsikring inklusive rejsedækning og ulykkesforsikring, hvis det rigtige forhold omkring tidligere skader havde været oplyst på aftaletidspunktet. På baggrund heraf fandt nævnet, at selskabet ikke havde været berettiget til at opsige klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft og afvise at yde forsikringsdækning for den anmeldte skade. Sagen er blevet genoptaget på selskabets foranledning. Nærværende kendelse træder derfor i stedet for nævnets afgørelse i sag 91449.

Selskabet har i forbindelse med genoptagelsen af sagen fastholdt, at klageren ved tegningen har afgivet urigtige oplysninger, da hun ikke har oplyst om 5 tidligere skader inden for de seneste tre år, og at det i henhold til dets indtegningsregler ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt korrekte oplysninger var givet.

Det er selskabets opfattelse, at nævnet har foretaget en fejlfortolkning af selskabets indtegningsregel. Selskabet har i mail af 6/9 2018 til nævnet blandt andet anført, at "ankenævnet har foretaget en sproglig fortolkning af indtegningsreglen, og forstået indtegningsreglen på den måde, at *skader pr. police* er et spørgsmål om, hvor mange skader klager har haft på en enkelt police i fremmed selskab. Denne forståelse er imidlertid ikke den måde Codans indtegningspolitik skal forstås på, og det er IKKE således den praktiseres i selskabet. Det afgørende for Codans risikovurdering er, *hvor mange skader der har været indenfor den forsikring som man ønsker at tegne i Codan.* Når Codan angiver det som **'pr. police'** menes der med andre ord den police som man ønsker at tegne i Codan. Det bemærkes, at Codan har indbo og rejse på samme police,

hvilket ikke alle selskaber har. Det afgørende for Codans risikovurdering er skader indenfor samme Codan-police".

Ved brev af 27/9 2018 til nævnet har selskabet, udover det anførte om tidligere skader, henvist til, at klageren yderligere afgav urigtige risikooplysninger ved ikke at oplyse om indførelsen af særlige vilkår fra andet forsikringsselskab 2.

Klageren har blandt andet anført, at hun i forbindelse med tegningen gav selskabet tilladelse til at indhente alle oplysninger om hendes skadehistorik, og at hun gjorde selskabet opmærksom på, at hun tidligere havde haft skader i udlandet. Hun har endvidere anført, at selskabet flere gange bekræftede, at hun var dækket, samt at selskabet ikke har opsagt hendes barns ulykkesforsikring, og at dette derfor ikke stemmer overens med den politik, som selskabet nu skriver, at det har.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 8, at hvis selskabet vil påberåbe sig et forhold omfattet af §§ 5-7, skal det efter at have fået kundskab om oplysningernes urigtighed uden unødigt ophold meddele forsikringstageren i hvilket omfang, det vil påberåbe sig nogle af de rettigheder, disse paragraffer hjemler.

Da selskabet allerede i september 2017 fik viden om, at klageren af sit tidligere forsikringsselskab fik ændrede vilkår, finder nævnet, at selskabet, ved først at påberåbe sig dette forhold i forbindelse med genoptagelsessagen, ikke har reageret uden unødigt ophold.

Nævnet finder herefter, at selskabet har fortabt retten til at påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 6, for så vidt angår forholdet vedrørende ændrede vilkår. At selskabet allerede i september 2017 meddelte klageren, at det på andet grundlag gjorde urigtige risikooplysninger gældende, kan efter nævnets opfattelse ikke føre til andet resultat. Nævnet henviser i denne forbindelse til begrundelsen i og udfaldet af nævnets kendelser nr. 89.208 og 92.215.

12. 92891

Spørgsmålet er herefter, om selskabet kan påberåbe sig forsikringsaftalelovens § 6 under henvisning til tidligere skader samt selskabets redegørelse for, hvordan indtegningsreglen skal forstås, og hvorledes den praktiseres i selskabet.

Nævnet finder, at klageren i forbindelse med tegningen har undladt at oplyse om 5 tidligere skader, hvorfor klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse. Som sagen foreligger oplyst, har klageren ikke bevist, at selskabets kundekonsulent har været vidende om de korrekte oplysninger omkring tidligere skader ved forsikringens tegning.

Efter en fornyet gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet efter de nu foreliggende oplysninger om selskabets indtegningsregler har bevist, at det i henhold til sin acceptpolitik ikke ville have tegnet familieforsikring inklusive rejsedækning, hvis de rigtige forhold om tidligere skader var oplyst til selskabet ved tegningen af forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på selskabets redegørelse for, hvordan dets indtegningsregel skal forstås, og hvorledes den praktiseres i selskabet samt udtalelse fra selskabets Produktafdeling vedrørende selskabets forretningsgang. På baggrund heraf finder nævnet, at klageren inden for de sidste 3 år før indtegningen har haft 5 skader – 3 skader på rejse og 2 på indbo – og at klageren derfor har haft "[x] eller flere skader" indenfor den forsikring, som klageren har tegnet i selskabet.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet familieforsikringen inklusive rejsedækning med tilbagevirkende kraft og på denne baggrund har afvist at yde yderligere forsikringsdækning for den anmeldte skade.

Hvad angår klagerens ulykkesforsikring finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til at opsige forsikringen med tilbagevirkende kraft, da selskabet ikke har fremlagt indtegningsregler for nævnet, der godtgør, at klageren ikke kunne have tegnet ulykkesforsikringen. Nævnet

finder på den baggrund, at selskabets opsigelse af forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet har været ugyldig. Klageren er derfor mod betaling af forfalden præmie berettiget til at kræve forsikringen genikraftsat med virkning fra det oprindeligt aftalte ikrafttrædelsestidspunkt.

Nævnet bemærker, at det forhold, at selskabet ikke har opsagt barnets ulykkesforsikring, er uden betydning for nærværende sag, idet der er tale om en selvstændig ulykkesforsikring, der ifølge det oplyste blev tegnet den 21/8 2017.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet Codan Forsikring A/S skal anerkende, at selskabets opsigelse af klagerens ulykkesforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet har været ugyldig. Klageren er derfor mod betaling af forfalden præmie berettiget til at kræve forsikringen genikraftsat med virkning fra det oprindeligt aftalte ikrafttrædelsestidspunkt.

Klageren får ikke i øvrigt medhold.

Nærværende kendelse træder i stedet for nævnets afgørelse i sag 91449.

Peter Thønnings
Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund